

TABLEAU 3. — Grille d'évaluation RAF (3 mois)

EXAMEN 3ème MOIS - N° Code :		Traité <input type="checkbox"/>	Témoin <input type="checkbox"/>				
<p>CS 8ème jour <input type="checkbox"/> date de naissance : lieu de naissance :</p> <p>Fille <input type="checkbox"/> garçon <input type="checkbox"/> Age de l'enfant le jour de Date de l'évaluation : l'examen :</p> <hr/> <p><u>Personne(s) accompagnant l'enfant</u></p> <p>Mère <input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> Fratrie <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> préciser.....</p> <hr/> <p><u>Mode de garde</u></p> <p>La mère travaille-t-elle actuellement ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Envisage-t-elle de reprendre son travail ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Mode de garde de l'enfant : Actuel <input type="checkbox"/> Envisagé <input type="checkbox"/> Crèche <input type="checkbox"/> Assistante maternelle <input type="checkbox"/> Famille <input type="checkbox"/> préciser : Garde à domicile <input type="checkbox"/> préciser : Autre <input type="checkbox"/> préciser :</p> <hr/> <p><u>Composition de la famille vivant au foyer actuellement :</u></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">Lien de parenté</th> <th style="width: 33%;">Date de Naissance</th> <th style="width: 33%;">Lieu de Naissance</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 40px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Lien de parenté	Date de Naissance	Lieu de Naissance				<p><u>Conditions de l'examen</u></p> <p>Consultation sur rendez-vous <input type="checkbox"/> sans rendez-vous <input type="checkbox"/> L'enfant est-il malade ce jour ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> (si oui, l'examen sera refait éventuellement) La mère est-elle inquiète à son arrivée à la PMI Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <hr/> <p><u>Pesée-Mensuration Poids taille</u></p> <p>Prise de poids excessive <input type="checkbox"/> Poids stationnaire <input type="checkbox"/> Prise de poids suffisante <input type="checkbox"/> Chute de poids <input type="checkbox"/> <u>Observations pendant la pesée</u> : Le bébé présente-t-il ? Un état de bien-être <input type="checkbox"/> un état de panique <input type="checkbox"/> des pleurs <input type="checkbox"/> <u>Remarques spontanées notables de la mère</u> :</p> <hr/> <p><u>Observations dans la salle d'attente : impressions générales</u> sur les interactions mère-enfant</p> <p>Echanges de regards : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Echanges de sourires : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Echanges de vocalises : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Echanges corporels : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <hr/> <p><u>Problèmes suspectés au niveau</u></p> <p>Sommeil <input type="checkbox"/> de l'alimentation <input type="checkbox"/> de la relation parents-enfant <input type="checkbox"/></p>
Lien de parenté	Date de Naissance	Lieu de Naissance					
Noms des personnes participant à l'examen :		Pédiatre : Psychologue : Puéricultrice : Auxiliaire de Puériculture :					

ALIMENTATION

Réponses de la mère :

Mode : Sein ☐ Biberon ☐ Allaitement mixte ☐
A heure fixe ☐ A la demande ☐
Nombre de repas / 24 heures ☐ La nuit ☐

Le biberon est donné le plus souvent :
par la mère ☐
le père ☐
une tierce-personne ☐
dans les bras ☐ dans le lit ☐

Pendant la tétée l'enfant est-il tendu ☐
détendu ☐

Après la tétée l'enfant pleure-t-il ? Oui ☐ Non ☐

Trouvez-vous que votre enfant boit normalement Oui ☐
Non ☐

trop vite ☐ trop lentement ☐
en quantité : trop ☐ pas assez ☐

Au total selon l'équipe :

L'alimentation est-elle source de conflits familiaux ?
Jamais ☐ rarement ☐
souvent ☐ toujours ☐

Le bébé présente-t-il un trouble de l'alimentation ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, préciser : Refus alimentaire ☐ Régurgitations ☐
Boulimie (a toujours faim) ☐ Vomissements ☐
coliques ☐ Autres (préciser) ☐

Les conduites maternelles vous épuisent-elles jouer dans les
difficultés de l'enfant, un rôle : majeur ☐ modéré ☐
mineur ☐ aucun rôle ☐ ne sait pas ☐

SOMMEIL

Réponses de la mère :

Combien d'heures votre enfant dort-il par 24 h ?

d'un sommeil calme ☐ agité ☐ autre ☐

Trouvez-vous qu'il dort

suffisamment ☐ trop ☐ pas assez ☐

Combien de fois se réveille-t-il la nuit ?

Prend-il la nuit pour le jour ? Oui ☐ Non ☐

L'enfant dort-il dans son lit ? Oui ☐ Non ☐

Dans sa chambre ☐

Dans la chambre de ses parents ☐

Autre (préciser)

S'endort-il

facilement moins d'1h/2h ☐ Difficilement (plus d'1/2 h)
dans les bras ☐ dans son lit ☐

Au total selon l'équipe :

Le sommeil est-il source de conflits familiaux ?

jamais ☐ rarement ☐

souvent ☐ toujours ☐

Si oui, préciser : Troubles de l'endormissement ☐

Insomnie ☐ Hypersomnie ☐ Pleurs nocturnes ☐

Autre ☐ (préciser)

Les conduites maternelles vous paraissent-elles jouer dans les difficultés de l'enfant un rôle :

majeur ☐ modéré ☐

mineur ☐ aucun rôle ☐ Ne sait pas ☐

TABLEAU 4. — Grille d'évaluation RAF (3 mois) (suite)

B - INTERACTIONS PARENTS-ENFANT
INTERACTIONS MÈRE-NOURRISSON (observées avant l'examen physique)

INTERACTIONS	CORPORELLES	VISUELLES	VOCALES	SOURIRES
BEBÉ	Recherche le frottement Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S'agrippe Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Apprécie les contacts corporels Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Maintient le regard à regard Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Évite le regard de sa mère Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> A un regard fixe Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Explore l'environnement Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Vocalise vers sa mère Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Pleure-t-il fréquemment Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Hurle-t-il fréquemment Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Sourit spontanément à sa mère Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Répond au sourire de sa mère Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
MÈRE	Berce son bébé Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Tient son bébé confortablement Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Tient son bébé à distance Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Caresse son bébé Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Embrasse son bébé Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Maintient le regard Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Évite le regard du bébé Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Suit le bébé des yeux Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Parle au bébé Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Jeu vocaux (réciproques) Mère-bébé Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Crie fréquemment Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Peut rester silencieuse Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Sourit spontanément à son bébé Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Répond au sourire de son bébé Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Les échanges mère-enfant vous paraissent-ils dans la norme ?	Excessifs <input type="checkbox"/> Dans la moyenne <input type="checkbox"/> Rares <input type="checkbox"/> Absents <input type="checkbox"/>	Excessifs <input type="checkbox"/> Dans la moyenne <input type="checkbox"/> Rares <input type="checkbox"/> Absents <input type="checkbox"/>	Excessifs <input type="checkbox"/> Dans la moyenne <input type="checkbox"/> Rares <input type="checkbox"/> Absents <input type="checkbox"/>	Excessifs <input type="checkbox"/> Dans la moyenne <input type="checkbox"/> Rares <input type="checkbox"/> Absents <input type="checkbox"/>

CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES DES INTERACTIONS MÈRE-NOURRISSON

<u>qui initie les échanges ?</u>		<u>Tonalité affective dominante</u>	
La mère <input type="checkbox"/>	l'enfant <input type="checkbox"/>	Enfant	Mère
Les deux <input type="checkbox"/>	aucun des deux <input type="checkbox"/>	Plaisir <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Réciprocité des échanges</u>		Tristesse <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fréquente <input type="checkbox"/>		Indifférence <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rare <input type="checkbox"/>		Excitation <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Absente <input type="checkbox"/>		Vide <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Autre (préciser) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Les interactions se déroulent-elles, de façon prédominante, avec : continuité ☐ discontinuité ☐

II.- INTERACTIONS PÈRE-NOURRISSON

selon la mère	selon l'équipe
La mère parle-t-elle spontanément du père de l'enfant ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Le père vient-il spontanément à la PMI ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Le père s'occupe-t-il de l'enfant ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Participe-t-il activement à la consultation ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
si OUI : seul avec l'enfant <input type="checkbox"/> toujours en présence de la mère <input type="checkbox"/> Autre (préciser)	Le père assume-t-il son rôle de père auprès de l'enfant oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Le père assume-t-il son rôle de père auprès de l'enfant oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	si NON : préciser
si NON : préciser

TABLEAU 5. — Grille d'évaluation RAF (3 mois) (suite)

C - EXAMEN PHYSIQUE				
EXAMEN	NORMAL	si non, préciser	Ex. neurologique et psychomoteur	
Etat général	Oui Non		P.C : Fonct (en TD)	
Peau et muqueuses	Oui Non		MOTRICITE Gesticulation du bébé : riche <input type="checkbox"/> pauvre <input type="checkbox"/> absente <input type="checkbox"/> Le bébé tient-il fermement le hochet dans une main ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Voies respiratoires sup. + cavité buccale	Oui Non		TONUS Couché sur le dos, bébé retient-il sa tête quand on le soulève par traction sur les avant-bras ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
O.R.L.	Oui Non			
Coeur	Oui Non			
Poumons	Oui Non			
Abdomen	Oui Non			
Organes génitaux	Oui Non			
Squelette	Oui Non			
Yeux	Oui Non			
			Au total : Tonus harmonieux <input type="checkbox"/> dysharmonieux <input type="checkbox"/>	
Comportements pendant l'examen physique du BBE			Le bébé peut-il communiquer par le regard avec l'examineur ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
A-t-il pu entrer en contact avec l'examineur : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, préciser : contact facile <input type="checkbox"/> difficile <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Agréable <input type="checkbox"/> désagréable <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>			De la Mère Etait-elle : Détendue <input type="checkbox"/> Anxieuse <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Coopérante <input type="checkbox"/> En retrait <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	
S'est-il montré : Actif <input type="checkbox"/> apathique <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> coopérant <input type="checkbox"/> opposant <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> irritable <input type="checkbox"/>			A-t-elle montré plutôt une capacité à calmer le bébé ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
En cas de pleurs ou de cris, a-t-il pu : se calmer seul <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> être calmé par l'examineur <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> être calmé par sa mère <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			S'est-elle montrée plutôt excitante pour le bébé ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

I - Développement de l'enfant

Homéostasie : L'enfant passe-t-il aisément de l'état de tension à l'état de détente ?

Oui ☐ Non ☐

L'enfant a-t-il acquis un rythme : veille-sommeil

Oui ☐ Non ☐

Attachement : L'enfant a-t-il une relation différenciée avec sa mère ?

Oui ☐ Non ☐

II - La relation mère-enfant vous paraît-elle :

très harmonieuse ☐ plutôt dysharmonieuse ☐

plutôt harmonieuse ☐ très dysharmonieuse ☐

perceptions contradictoires dans l'équipe ☐

III - L'enfant a-t-il été fréquemment malade durant les 3 premiers mois ?

Oui ☐ Non ☐

Si oui, préciser.....

IV - Hospitalisations-Séparations : L'enfant a-t-il déjà été hospitalisé ?

Oui ☐ Non ☐

Si oui, préciser, Nombre

Durée Motif

L'enfant a-t-il vécu d'autres séparations à temps complet ?

Oui ☐ Non ☐

Si oui, préciser, Nombre

Type..... Durée

Motif

V - Inquiétudes de l'Equipe (porter dans la case directement le coefficient de pondération)

Concernant	Enfant : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Parents	Mère Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Père Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Famille : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si, oui, portent-elles sur	grandes fonctions :	Psychopathologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psychopathologie <input type="checkbox"/>
	sommeil <input type="checkbox"/>	Etat somatique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Etat somatique <input type="checkbox"/>
	alimentation <input type="checkbox"/>	Relation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le couple <input type="checkbox"/>
	Etat somatique <input type="checkbox"/>	mère-bébé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S. financière <input type="checkbox"/>
	Relation mère-bébé <input type="checkbox"/>	père-bébé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S. Professionnelle <input type="checkbox"/>
	Autres (préciser).....	Autres, préciser			Logement <input type="checkbox"/>
			Autres (préciser)

Le coefficient de pondération doit apparaître pour chaque item

VI - Cet enfant vous paraît-il à risques au niveau de :

Sévérités Oui ☐ Non ☐ Négligences graves Oui ☐ Non ☐

Psychopathologie Oui ☐ Non ☐